

災害救急医療におけるトリアージの理想と現実

～トリアージ・タッグはどこに行った？～

平成 21 年 4 月 24 日

東日本税理士法人

中小企業診断士 星 多絵子

【はじめに】

この論文を書くきっかけは、4 月 25 日に JR 福知山線列車脱線事故（死亡者 107 名、負傷者 562 名）から 4 年経つと報道で知ったからである。当時の災害医療について、多くの傷病者を治療した医療現場から意見を聴くことができた。

その結論として、トリアージへの一般的理解が浸透することが望まれる。トリアージの理想と医療現場で直面した現実との差があったからである。

次項から、トリアージの理想と現実を考察する。

【トリアージとは】

災害・事故の発生などで負傷者の数が医療資源（ヒト・モノ・搬送手段）を上回る場合に、負傷者を下記の 4 段階に振り分け、赤の重症群から治療するシステムのことである。助かる見込みのある重症の負傷者から医療資源を優先的に投入し、**できるだけ多くの傷病者を救うこと**を目的としている。（図表 1）

これは緊急時に行われるので、通常の医療とは異なるという認識を持つ必要がある。トリアージは多くの負傷者を救うための手段であるが、トリアージ実施者（原則：医師）は助かる見込みのない黒タッグの負傷者を置き去りにするという非情な判断を強いられるからである。

図表 1 トリアージ区分

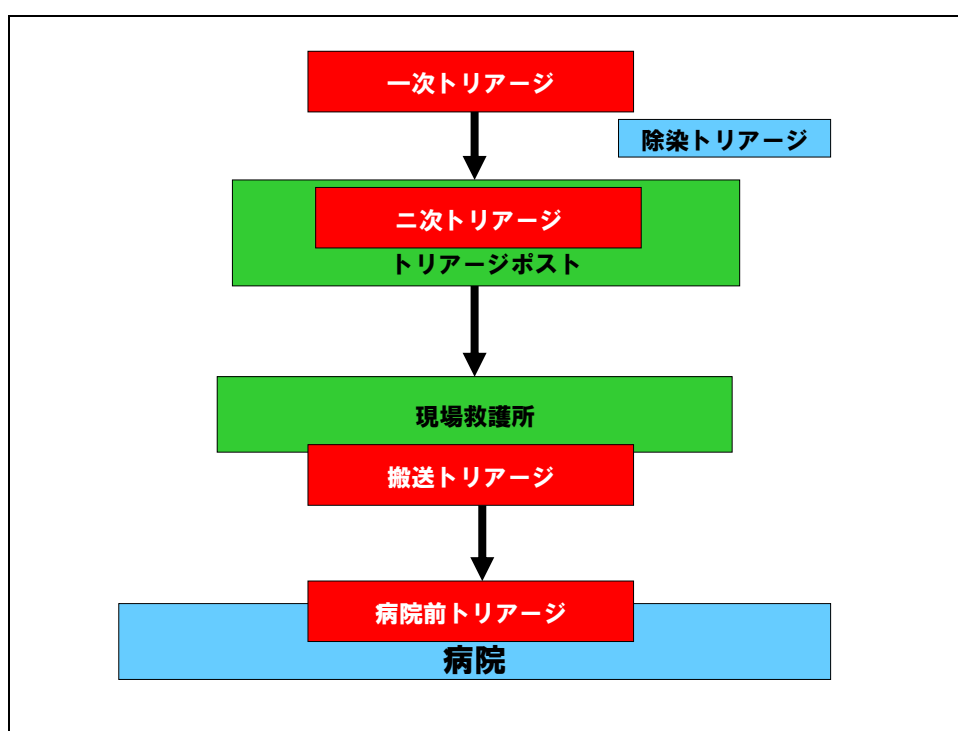
I	第一順位	重症群	生命にかかわる重篤な状態で、直ちに治療を行えば救命可能なもの	例：緊張性気胸、心タンポナーデなど
II	第二順位	中等症群	処置の時間が多少遅れても、生命には危険のないもの	例：上下肢の骨折・意識のはっきりしている頭部外傷など
III	第三順位	軽症群	救急搬送の必要のないもの	例：打撲、ねんざ、小骨折、圧迫止血できる切創など
O	第四順位	死亡群	生命兆候がないか、あっても現状では救命不可能なもの	例：強い意識障害を伴う脳挫傷、80%を超える重症熱傷など

出典：「消防職員のためのトリアージ」（東京法令出版）P5 より

このように、トリアージは非情な判断を下すものであり、区分の判定ミスは防がなければならない。しかし、多数の傷病者を瞬時に判定することがトリアージ実施者に求められるため、判定ミスが起こりうる。これを少しでも減らすためには、図表2のように何度もトリアージを繰り返す必要がある。

また、トリアージは災害現場だけではなく、搬送先の病院でも行われ、負傷者の診察や治療の順位を決める。

図表2：トリアージの流れ



出典：「消防職員のためのトリアージ」（東京法令出版）P4 より

<トリアージ・タグ>

トリアージにおいて図表3のトリアージ・タグを用いられることが多い。これは負傷者の症状を4色に区分することで「可視化」できると同時に、負傷者の搬送記録機能と簡易カルテ機能も持ち合わせている。

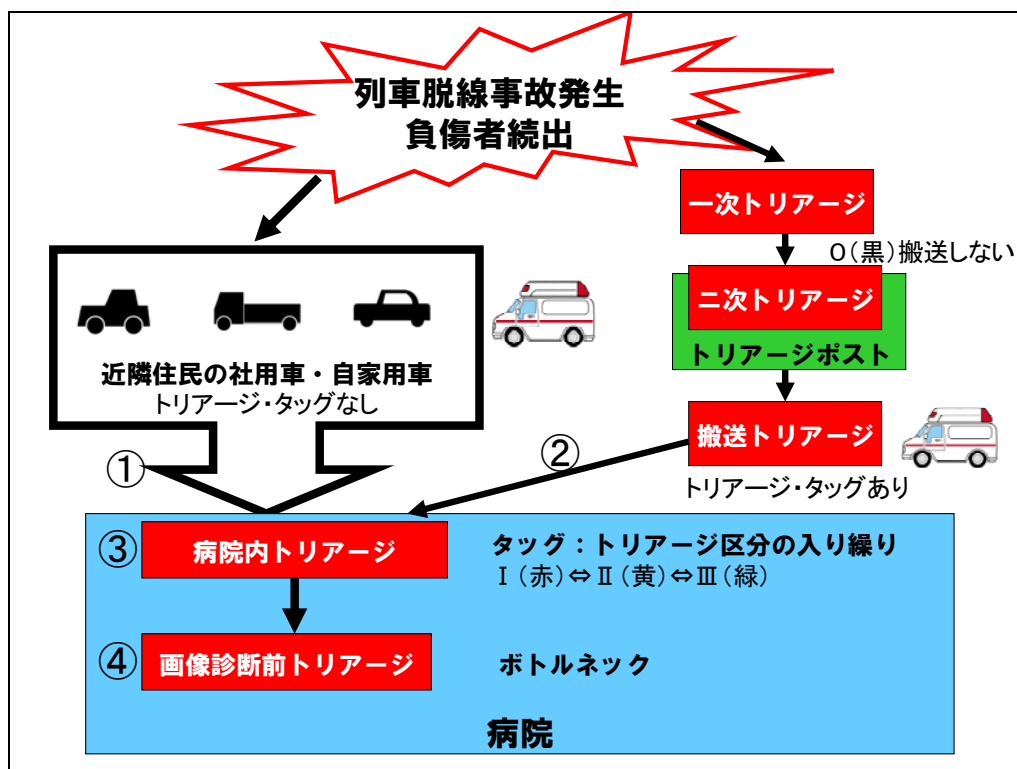
特に、簡易カルテ機能については、トリアージ・タグの記載によって、同じ赤タグの負傷者の中でも更に優先順位がつけられることから重要である。

また、トリアージ・タグの記載は搬送先の病院での診療をスムーズにする。このため、トリアージ・タグの活用と保存が理想とされる。

【トリアージの現実】～JR 福知山線列車脱線事故の医療現場より～

傷病者の対応にあたった病院からトリアージの現実をうかがうことができた。前提として、阪神・淡路大震災の経験から医療者だけでなく住民にも相互扶助の意欲が高いことを挙げる。(図表4)

図表4 トリアージの実際



- ① 負傷者搬送は最初、近隣住民の社用車や自家用車で送られてきた。
この負傷者にはトリアージ・タグが付けられていなかった。
- ② トリアージ・タグが付けられた負傷者が、後から救急車などで送られてきた。
- ③ 病院内でもトリアージを行い、重傷者優先で治療を行った。
②のトリアージが病院の判断と違っており、区分Ⅰ(緑)とⅡ(黄)、Ⅱ(黄)とⅢ(赤)とで入り繰りが生じた。
⇒病院内での優先順位をめぐるトラブルはなかったとのこと。
- ④ ボトルネックとなった画像診断(一般レントゲン撮影・CT撮影)前においても優先順位が付けられた。
・判断者：臨床検査技師・看護師
・基準：「自力で起き上がれない負傷者」優先
⇒判断は正確であったとのこと。

<トリアージ・タグ>

この取材先の病院では、トリアージ・タグは負傷者からはずされた後、カルテに貼付したとのことだった。

なお、2006年2月の日本集団災害医学会 尼崎 JR 脱線事故特別調査委員会 報告書によると、約300枚のトリアージ・タグが使われたが、タグの控えやタグ本体の回収が十分に行われていなかったとある。これは、トリアージ・タグの簡易カルテ機能について、事故現場の混乱のなかでは理解が行き届かなかったものと推測する。

【まとめ】～理想と現実の差を埋めるためには～

① 近隣住民にもトリアージへの理解が必要である。

トリアージされない負傷者とトリアージされた負傷者が病院で混在し、病院が当初からトリアージし直して対応していた。

できるだけ病院の負担を減らし、負傷者への治療に注力するためにも、病院内でのトリアージはトリアージ実施者が判断したもの一本にまとめたい。

このためにも、近隣住民にも普段からトリアージについて理解していただき、トリアージ前後の応急処置やトリアージ後の負傷者の搬送に協力してもらう形で相互扶助の意欲を活かすことが大切である。

近隣住民の相互扶助の気持ちを活かすためにも、できるだけ速やかに救急隊員、医療チーム等のトリアージ実施者が現場に駆けつけられるよう訓練されることが前提となる。

② トリアージ・タグの活用・保存が重要である。

トリアージ・タグは区分（色分け）の目印でもあるが、負傷者の搬送記録機能と簡易カルテ機能も有していることを広く周知する必要がある。区分（色分け）だけであれば、洗濯ばさみやカラーテープによることも可能だからである。

また、簡易カルテ機能が十分に発揮されれば、効率性が上がるため、病院での負傷者の治療に移行しやすくなる。

更に、トリアージ・タグの控え・本体を「どこで」「誰が」集めて「どこに」保管するのか、救急医療に携わる病院や救急隊などの機関で話し合っておく必要がある。

トリアージ・タグの1枚目は救急隊員が搬送前に回収、2枚目は搬送時に回収、3枚目は病院用となっているはずだが、それが周知徹底されていない。

トリアージ・タグはどこに行った？

参照文献：「消防職員のためのトリアージ」（東京法令出版）

2006年2月 日本集団災害医学会 尼崎 JR 脱線事故特別調査委員会 報告書
社会保険旬報 2005年6月11日号